

grupper innen helsevesenet skulle ha en tidsbegrenset profesjonsgodkjenning som gjelder til man fyller 75 år (3). Etter den tid må man søke om lisens som helsepersonell over 75 år. Slik lisens gis på vilkår knyttet til hva slags praksis man vil utføre og dersom man kan dokumentere at man er fysisk og psykisk skikket til å opptre faglig forsvarlig ved attest fra fastlege eller annen autorisert lege (3). Slike lisenser gis for to år om gangen til vedkommende fyller 80 år, deretter for ett år av gangen (3). Lisens med full forskrivningsrett gis til den som driver organisert klinisk arbeid av et visst omfang (3). Dette viser at leger ikke mister sin rett til å praktisere selv om man fyller 75 år. Leger beholder for øvrig sin rett til å kalle seg lege hele livet (4). Imidlertid har vi dessverre mange eksempler på at leger ikke alltid selv er i stand til å vurdere når de bør legge inn årene. Derfor har Stortinget og Regjeringen bestemt at staten skal kontrollere den fysiske og psykiske helsetilstand til alle over 75 år.

Hansens og Pahles påstand om at eldre leger diskrimineres, er ikke riktig. Tvert imot er regelverket lagt til rette for at dem som er skikket og egnet for fortsatt utøvelse av legeyrket skal få anledning til det.

Per Haugum

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Litteratur

1. Hansen E, Pahle J. Diskriminerende aldersgrense for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1075.
2. LOV 1999-07-02 nr. 64. Helsepersonelloven § 48 andre ledd. www.lovdato.no/all/tl-19990702-064-009.html#48 [15.5.2008].
3. Forskrift om lisens til helsepersonell. Kapittel 2 Lisens til helsepersonell over 75 år §§ 6-9. www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20001221-1379-004.html [15.5.2008].
4. Helsepersonelloven § 54 andre ledd. www.lovdato.no/all/tl-19990702-064-010.html#54 [15.5.2008].

J.A. Pahle og E. Hansen svarer:

Vårt innlegg i Tidsskriftet nr. 9/2008 har tydeligvis falt Statens autorisasjonskontor for helsepersonell tungt for brystet. Det vi reagerer på, er det skjematisk i loven. Loven fratar leger og annet helsepersonell autorisasjonen ved 75 år, kun begrunnet i alder. Dette er en eklatant aldersdiskriminering og kan ikke kalles noe annet. Det at man kan gis dispensasjon med diverse begrensninger, kan ikke oppveie denne diskrimineringen. Vi undrer oss over at lovgiverne kunne fatte en slik bestemmelse.

Restriksjoner konstrueres angående vanskeligheter som ikke finnes. Vi etterlyser dokumentasjon på de angivelige eksemplene på «at leger ikke alltid selv er i stand til å vurdere når de bør legge inn årene». Svekket evne til å fungere som lege vil i alle fall bli fanget opp av Helsetilsynet. Når eldre leger ikke kan skrive ut A, B, og C-preparater, betyr dette at de ikke kan tre inn og erstatte andre leger når det kreves.

Bedømmelse av preparater og komplikasjoner har vært vårt domene i alle år som leger. Tildeling av «lisens» med fratakelse av retten til å skrive ut de nødvendige medisiner, er som å gi jaktlisens til jegere uten tillatelse til å bruke gevær!

At lisensen knyttes til hva slags praksis man vil utføre og timeantall, er igjen et åpenbart eksempel på diskriminering. Det bør vel ikke stilles andre krav til dem over 75 år enn til yngre leger. Hovedsaken er at man beholder sin kompetanse. Nettopp eldre leger utgjør en reserve som samfunnet i noen tilfeller ønsker å gjøre bruk av. Ikke minst kan den lange erfaringen innen legeyrket ses på som en ressurs.

Til slutt vil vi påpeke at ordet autorisasjon etymologisk sett viser til at kandidaten har oppfylt kravene til legevirksomhet med de rettigheter og plikter som lovgivningen bestemmer. Det dreier seg ikke om «konseksjon» fra et autorisasjonskontor. Autoritet kommer av det latinske *autoritas*, som betyr bemyndigelse, makt eller gyldighet, mens *licentia* betyr tillatelse eller bevilling. Det latinske *concessio* derimot, betyr innrømmelse eller ettergivelse.

Jan A. Pahle

Eiksmarka

Egill Hansen

Oslo

Den gode debatten

Tidsskriftet har tradisjon for at andre enn leger gis mulighet å gjengi sine erfaringer og meninger. Dette bidrar til læring og dermed en forbedring av helsetilbudet, på systemnivå og i enkeltmøtet mellom pasient og helsepersonell. Redaksjonen har satt seg som mål «å bidra til å kvalitetssikre og tilrettelegge stoffet», slik at Tidsskriftet kan ivareta sine oppgaver med å formidle medisinsk kunnskap og å sette denne kunnskapen i perspektiv (1).

Nylig ble det publisert en kommentar der redaksjonen etter vårt syn har sviktet sitt selv pålagte ansvar om kvalitetssikring (2). Kommentaren inneholder en rekke påstander om andres meninger og motiver uten konkrete eksempler. Formuleringer som «mange engasjerer seg nå sterkt for», «man kjemper i dag for», «legene mener» osv. forekommer gjentatte ganger, uten at det nevnes hvem som er «mange», «man» eller «legene». Ingen kilder er angitt, slik at det er umulig for leseren å etterprøve og vurdere påstandenes riktighet.

Det fremføres videre at norsk tegnspråk «ikke er et språk, men en kommunikasjonsform» og at tegnspråket «nylig ble ... definert som et naturlig, fullverdig visuelt språk» (2). Faktum er at det internasjonalt i språkforskningen er enighet om at tegnspråk er naturlige og fullverdige språk (3).

Denne enigheten har eksistert i flere tiår (4). At kommentarens forfatter muligens ikke er oppdatert på forskningen, er beklagelig, men kan unnskyldes med at han ikke er fagperson, slik han selv skriver. Tidsskriftets redaksjon som har satt seg som mål å kvalitetssikre stoffet, burde ha fanget opp dette. Ville redaksjonen ha godtatt en påstand om at homøopatiske midler helbreder kreft uten ytterligere argumentasjon eller dokumentasjon? Utsagnet er dessuten svært diskriminerende overfor en språklig minoritet. Hadde man fått lov til å hevde i Tidsskriftet at urdu eller samisk ikke er språk?

I et vitenskapelig tidsskrift bør visse vitenskapelige kriterier overholdes også i de mindre vitenskapelige seksjonene. Innlegg får en viss legitimitet bare fordi de er publisert i Tidsskriftet, uavhengig av deres vitenskapelige standard. Dette gjør at man må være spesielt årvåken i forhold til eventuelle vitenskapelige feil. Videre er det en forutsetning for vitenskapelige diskusjoner at de ikke hver gang starter ved nullpunktet, men at debattørene tar innover seg etablert viten. Slik kan kunnskapsnivået gradvis økes gjennom diskusjon.

Frank Becker

Sunnaas sykehus

og

St. Olavs Hospital

Sonja Erlenkamp

Høgskolen i Sør-Trøndelag

Litteratur

1. Frich J. Medisin og vitenskap i perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 143.
2. Sander T. Barn med cochleaimplantat må sikres fullverdig opplæring i norsk. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 943.
3. Gordon RG, red. Ethnologue: Languages of the world. 7. utg. Dallas, TX: SIL international, 2005.
4. Stokoe WC. Classification and description of sign languages. I: Sebeok T, red: Current trends in linguistics. 12. utg. Haag: Mouton, 1974: 345–71.

Redaktøren svarer:

Som dere selv påpeker, kan kravet til vitenskapelig dokumentasjon ikke være like stort i korrespondanse- og kommentarspaltene som i de vitenskapelige artiklene. Vi ønsker at disse spaltene skal være fora for debatt med stor takhøyde. Kommentartekster er frittstående debattinnlegg som kan leses uavhengig av øvrige eller tidligere publiserte innlegg. Temaene kan være av både medisinsk, helsepolitisk og fagforeningspolitisk art (1). På denne måten kan debatten bli tilgjengelig for alle – også dem som i utgangspunktet ikke har tilgang på dokumentasjonen.

Det er imidlertid viktig at debattene føres på en saklig måte, noe vi mener er tilfelle i den publiserte kommentaren. Vi arbeider mye med at utsagn ikke skal være for polemiske og at argumentene skal være holdbare. Men for at flest mulig skal slippe til, og for at kontroversielle standpunkt skal